

**Spett.le Consiglio dell'Ordine degli
Psicologi**

Repubblica di San Marino
Via Ventotto Luglio,212 (scala C 7/8)
47893 Borgo Maggiore

**DOMANDA ISCRIZIONE
ALL'ALBO DEGLI PSICOLOGI STRANIERI SUL TERRITORIO
SAMMARINESE**

Il sottoscritto.....
cittadino
nato a() il.....
residente a()
via
tel.cellulare
indirizzo studio professionale
telefono e fax studio n.cellulare.....
Indirizzo E-mail

**domanda formalmente di
poter essere iscritto all'elenco degli Psicologi Stranieri autorizzati ad
operare nella Repubblica di San Marino in qualità di
(barrare la casella e specificare eventuali specializzazioni) :**

- PSICOLOGO**
- PSICOTERAPEUTA**
- PERITO**
- CONSULENTE**
- FORMATORE**

Si allegano i seguenti documenti originali, in bollo:

- ✓ Certificato di cittadinanza.
- ✓ Certificato di iscrizione presso l'Ordine Italiano o certificato di Laurea approvato dal U.E. se di altro Stato.
- ✓ Diploma di Specializzazione (per psicoterapeuti).

- ✓ Elezione di domicilio presso un collega sammarinese iscritto all'Albo con l'indicazione dei dati anagrafici e professionali ed il nome del collega sammarinese presso il quale è stato eletto il domicilio.
- ✓ Certificato penale, carichi pendenti e di godimento diritti civili.
- ✓ Nome, dati anagrafici e domicilio del collega sammarinese iscritto all'Albo presso cui si è eletto il domicilio
- ✓ Curriculum Vitae et Studiorum con particolare riferimento delle attività già svolte o in svolgimento (compresi eventuali progetti) nella Rep. di San Marino.
- ✓ Quietanza del versamento della quota di iscrizione annuale di Euro 180,00 all'elenco degli Psicologi stranieri autorizzati ad operare a San Marino (a mezzo bonifico bancario c/o la Cassa di Risparmio della Repubblica di San Marino, Agenzia Dogana, sul c/c n. 12908, intestato all'Ordine degli Psicologi RSM IBAN: SM52P0606709803000001290801. Come causale inserire "PSICOLOGO STRANIERO 2010 + nome e cognome")
- ✓ 2 fototessere
- ✓ copia fronte/retro di un documento di identità

Il sottoscritto si impegna altresì al rispetto delle norme deontologiche dettate dagli Statuti Sammarinesi.

Autorizzo l'Ordine al trattamento dei dati, alla pubblicazione dei dati utili all'identificazione dell'iscritto ai fini individuativi e commerciali (sia in forma cartacea sia digitale) e all'utilizzo dell'indirizzo E-Mail e/o indirizzo postale per comunicazioni da parte dell'Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino.

Barrare la casella: - ACCONSENTO
 - NON ACCONSENTO

Luogo e data _____

Firma _____